



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Salud y patrones de consumo de drogas en cuarto
curso de Trabajo Social (UNIZAR)

Alumna:

Alba Mensat Martínez

Director:

Rafael García- Foncillas López

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo.

Curso 2019-2020

ÍNDICE

I.	Introducción.....	página 2
II.	Marco teórico.....	páginas 2 - 8
	II.I Contextualización.....	2
	II.II Repercusiones en la salud.....	5
	II.III Prácticas sexuales con drogas e influencia en la salud.....	7
III.	Metodología.....	página 9
IV.	Análisis de la encuesta.....	páginas 10 - 24
	IV.I Población.....	10
	IV.II Variables.....	10
	IV.III Muestra	11
	IV.IV Análisis de datos.....	12
V.	Discusión y conclusiones.....	páginas 24 - 26
VI.	Bibliografía.....	página 27
VII.	Anexos.....	páginas 28 - 31

I. INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas es un problema sociosanitario de primer orden. La elevada frecuencia de consumo entre los adultos jóvenes es preocupante, aunque mayoritariamente inician su consumo en la adolescencia, la etapa universitaria es donde se puede llegar a extender de mayor manera. El objetivo de este trabajo es conocer la prevalencia del consumo de las diferentes sustancias psicoactivas en los estudiantes de cuarto curso de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo, en la Universidad de Zaragoza, así como analizar la situación que gira en torno a la problemática de la drogodependencia a distintos niveles, con el fin de obtener información que permita analizar y comparar los resultados con los de la población escogida, y así evaluar su impacto y resultados.

Este trabajo consiste en un estudio descriptivo transversal, y la metodología utilizada se basa en una encuesta anónima en la que se pregunta acerca de los patrones de consumo, edad de inicio y problemas de salud asociados al consumo de sustancias psicoactivas de la población seleccionada, entre diversas cuestiones.

Palabras clave: consumo, sustancias psicoactivas, drogodependencia, salud, trabajo social.

II. MARCO TEÓRICO

En este apartado voy a contextualizar la situación que gira en torno a la problemática de la drogodependencia a nivel nacional, europeo y mundial. Voy a tratar también las repercusiones que pueden llegar a tener las drogas en la salud y cuestiones que pueden influir en ella tales como prácticas sexuales en grupo de riesgo.

II.1. CONTEXTUALIZACIÓN

Gracias al informe sobre drogas de España (2019) en el que se realiza un planteamiento general sobre el fenómeno nacional de las drogas, podemos destacar datos sobre la prevalencia del consumo de sustancias ilícitas, la cual se ha mantenido relativamente estable a lo largo de los últimos años: alrededor de un tercio de la población adulta admite haber consumido en algún momento de su vida alguna sustancia ilícita. El cannabis es la droga más común y su consumo se concentra entre los adolescentes y los adultos menores de treinta y cinco años. La prevalencia de consumo de las drogas ilícitas más consumidas (cannabis y cocaína) mostró una tendencia decreciente hasta 2017, cuando se registró un incremento en ambas. Este consumo sigue siendo más común entre hombres que entre las mujeres. En 2017, 1 de cada 100 adultos entre 15 y 64 años informaron haber consumido nuevas sustancias psicoactivas. La mayoría de los consumidores de este tipo de sustancias eran hombres jóvenes con un patrón de policonsumo, es decir, con un consumo simultáneo de otras sustancias psicoactivas legales e ilegales.

Hablando de porcentajes, el consumo entre adultos jóvenes en el último año ha sido el siguiente: encabezando el consumo, como ya he mencionado anteriormente, está en Cannabis con un 18,3 %, al que le sigue la Cocaína con un 2,8%, el MDMA con un 1,2 % y las Anfetaminas con un 0,9 %, siendo estas las sustancias con mayores porcentajes de consumo.

Con los datos que nos aporta el Informe Europeo sobre drogas (2019), podemos observar que, al igual que a nivel nacional, el cannabis sigue siendo la droga ilegal de mayor consumo a nivel europeo. Se calcula que en torno a diecisiete millones y medio de europeos jóvenes (de 15 a 34 años) consumieron cannabis en el último año (estimación de 2017), y que en torno al 1 % de la población de la Unión Europea entre 15 y 64 años consume cannabis a diario, o casi a diario. En 2017, alrededor de 155.000 personas iniciaron tratamiento en Europa por problemas relacionados con el consumo de cannabis; de ellas, unas 83.000 iban a recibir tratamiento por primera vez en su vida. El cannabis es ya la sustancia mencionada más a menudo como principal razón para buscar ayuda por los consumidores que recurren por primera vez a servicios especializados en el tratamiento de drogodependencias.

Con anterioridad el problema de las drogas en Europa se caracterizaba por el consumo de heroína por vía parenteral, en cambio, hoy en día las tasas de consumo por vía parenteral han caído, y la cifra de personas que solicitan por primera vez tratamiento por consumo de heroína es baja en comparación con los patrones históricos. Por el contrario, el problema de los opioides ha ido creciendo en el resto del mundo. La avanzada edad de la cohorte de consumidores de opioides, muchos de los cuales están en contacto con los servicios de tratamiento de la drogodependencia, sigue constituyendo un problema de salud. Existen 1,3 millones de consumidores de riesgo, y se detectaron opioides en el 85% de las muertes por sobredosis.

El número de personas que reciben tratamiento por primera vez por trastornos por consumo de cocaína también ha aumentado en los últimos dos años en los países de la Unión Europea. Un tercio de todos los consumidores de cocaína que se someten a tratamiento de la drogodependencia lo hace solo por trastornos por consumo de cocaína, el resto comunicaron también el consumo de sustancias secundarias, sobre todo alcohol y cannabis.

Respecto a las estimaciones del consumo de drogas en Europa, he de destacar que el consumo es mayor en la población de adultos jóvenes (de 15 a 34 años), en los que los porcentajes de consumo del último año fueron los siguientes: Cannabis con un 14,4 % de la población, Cocaína con un 2,1%, MDMA un 1,7% y Anfetaminas, 1%.

Con relación a nivel mundial, la reciente mejora de los datos permite comprender con mayor precisión la magnitud de este consumo. En 2017, unos 271 millones de personas, es decir, el 5,5 % de la población

mundial entre 15 y 64 años de edad había consumido drogas en el año anterior. Aunque las estimaciones correspondientes a 2016 son muy similares, una perspectiva a más largo plazo revela que el número de personas que consumen drogas en la actualidad ha aumentado en un 30 % con respecto a 2009, en que doscientas diez millones de personas habían consumido drogas en el año anterior. La droga que más se consume en todo el mundo sigue siendo el cannabis (se estima que 188 millones de personas consumieron cannabis en el año anterior).

El número de consumidores de opioides y el número de personas que padecen trastornos por consumo de drogas en todo el mundo son mucho más elevados de lo que se creía. En 2017, unos 53,4 millones de personas en todo el mundo habían consumido opioides en el año anterior, un 56 % más que en 2016. De esas personas, 29,2 millones habían consumido opiáceos como la heroína y el opio, lo que supone un aumento del 50 % con respecto a las estimaciones correspondientes a 2016, que fueron de 19,4 millones. El aumento de estas estimaciones se debe en parte a que se conoce mejor la magnitud del consumo de drogas gracias a nuevos estudios realizados en dos países muy poblados, la India y Nigeria. El consumo no médico de tranquilizantes (benzodiazepinas) ocupan el primer lugar de las tres sustancias que más consumen en cuarenta países, además de ser la principal sustancia en hábitos de policonsumo, especialmente entre los consumidores de opioides.

El consumo de drogas engloba ahora un abanico de sustancias más amplio que en el pasado. El policonsumo es habitual entre los consumidores de drogas y las pautas individuales van desde el consumo experimental hasta el consumo regular y dependiente. La producción de drogas sintéticas tanto a nivel europeo como mundial parece estar «creciendo, diversificándose y volviéndose más innovadora». En la elaboración de los productos químicos necesarios para producir drogas sintéticas se utilizan sustancias nuevas. En 2018 se detectaron once opioides sintéticos nuevos en Europa, habitualmente en forma de polvos, comprimidos y líquidos. Además, los opioides sintéticos que suelen utilizarse como medicamentos parecen tener una importancia cada vez mayor en el problema de las drogas, como ocurre con los fármacos utilizados como tratamientos de sustitución y calmantes para el dolor. Una de cada cinco personas que se someten a tratamiento por un problema relacionado con el consumo de opioides declara que su principal droga problemática no es la heroína, sino los opioides sintéticos.

El número de estos opioides sintéticos, mayormente análogos del fentanilo, de las que hay constancia en el mercado mundial ha ido aumentando a un ritmo sin precedentes: de tan solo 1 sustancia en 2009 se pasó a 15 en 2015 y a 46 en 2017, mientras que el número total de nuevas sustancias psicoactivas presentes en el mercado se estabilizó en torno a 500 sustancias por año en el período 2015–2017. De las nuevas sustancias psicoactivas que se comunican por primera vez, los opioides sintéticos se han convertido en el segundo grupo más importante después de los estimulantes.

II.II. REPERCUSIONES EN LA SALUD

Las consecuencias adversas para la salud asociadas al consumo de drogas son muy considerables. Más de once millones de personas se inyectan drogas en todo el mundo, y esto es causante de múltiples consecuencias negativas para la salud; están expuestas a un riesgo mayor de sobredosis mortal y se ven afectadas de manera desproporcionada por enfermedades infecciosas de transmisión sanguínea como el Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el virus de la hepatitis C (VHC).

La prevalencia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) entre las personas que se inyectan drogas varía considerablemente de una región a otra. Aproximadamente una de cada ocho personas que se inyectan drogas vive con el VIH, es decir, 1,4 millones de personas. Según las estimaciones del ONUSIDA, la probabilidad de que los consumidores de drogas por inyección se contagien del VIH es veintidós veces mayor que la de la población general. La prevalencia de la hepatitis C en las personas que se inyectan drogas es muy elevada: casi la mitad de esas personas, unos 5,6 millones, viven con la hepatitis C. Además, 1,2 millones de personas viven con la hepatitis C y el VIH.

En los últimos veinte años la infección por el VIH ha representado uno de los mayores problemas de salud asociados al consumo de drogas en España. Sin embargo, desde finales de los noventa, se ha observado un descenso significativo de la infección por VIH asociada a las drogas usadas por vía inyectada, y la cifra anual de nuevos casos atribuidos al consumo de drogas por vía parenteral se ha reducido alrededor de un 40 % en los diez últimos años. En España, se recoge información de manera rutinaria sobre infecciones por el VIH, el VHC y el virus de la hepatitis B (VHB) entre consumidores de drogas inyectables mediante los centros de tratamiento y prisiones, y se basa en el resultado de los exámenes serológicos de aquellos que hayan consumido drogas inyectables alguna vez en su vida. La incidencia de la infección por VIH (nuevos casos diagnosticados) se mantuvo baja en 2017. Un reciente estudio de cohorte afirma que casi las tres cuartas partes de los consumidores de drogas inyectables son VHC positivos. En lo relativo al VHB, alrededor de uno de cada ocho consumidores admitidos a tratamiento que conocían su estado serológico indicaron que eran VHB positivos, esto es, enfermos crónicos portadores del virus de la hepatitis B.

También hay que destacar que la heroína sigue siendo la droga principal relacionada con las consecuencias sanitarias y sociales más graves, como las infecciones relacionadas con las drogas. El número estimado de consumidores de alto riesgo de heroína ha presentado una tendencia decreciente desde 2010 hasta la última estimación de 2016. Se estima que el consumo de drogas por vía inyectada fue de 0,41 por 1.000 en 2016.

En cuanto a la información sobre las urgencias hospitalarias relacionadas con las drogas en España, proveniente del Plan Nacional sobre Drogas, tenemos constancia de que en el año 2016 se notificaron 8.588

episodios de urgencias en los que la historia clínica recogía el consumo no terapéutico o no médico de alguna droga. De éstos, en 4.565 (53,2%) se encontró relación entre la droga y la urgencia. Tendencia más o menos estable desde el año 2011. La cocaína fue la sustancia más frecuentemente notificada como la causa de los episodios de urgencias, seguida del cannabis. La proporción de urgencias relacionadas con la heroína se redujo a una cuarta parte desde 2000. Las anfetaminas y el éxtasis/ MDMA fueron causas menos comunes de urgencias hospitalarias relacionadas con las drogas en España en 2016.

El consumo de drogas está reconocido como un factor que contribuye a la carga de morbilidad global. Existen problemas de salud crónicos y agudos asociados a su consumo, agravados por varios factores como son las propiedades de las sustancias, la vía de administración, la vulnerabilidad individual y el contexto social en el que se realiza el consumo. Entre los problemas crónicos se encuentran la dependencia y la aparición de enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas mencionadas anteriormente, pero hay también daños agudos, siendo la sobredosis el más documentado.

Los datos de 2016 extraídos del Registro General de Mortalidad del Instituto Nacional de Estadística muestran un incremento del número de defunciones inducidas por drogas (aquellas que se pueden atribuir directamente al consumo de drogas ilícitas) llegando al nivel más alto desde 2008. De acuerdo con los resultados toxicológicos, en 9 de cada 10 casos se detectó la presencia de más de una sustancia psicoactiva. La tasa de mortalidad inducida por drogas entre adultos (de 15 a 64 años) en nuestro país fue de dieciséis muertes por millón en 2016.

Tasas de mortalidad inducida por las drogas entre adultos en Europa (15-64 años)



* Datos del año 2017 o último año disponible

Se estima que a nivel mundial unas 585.000 personas murieron a consecuencia del consumo de drogas en 2017. Más de la mitad de esas muertes se debieron a una hepatitis C no tratada que degeneró en cáncer de hígado o cirrosis, casi un tercio de las muertes atribuibles a trastornos por consumo de drogas. La mayor parte (dos tercios) de las muertes que se atribuyen a trastornos por consumo de drogas estaban relacionadas con el consumo de opioides. Unos cuarenta y dos millones de años de vida sana se perdieron (muertes prematuras y años vividos con discapacidad) a consecuencia del consumo de drogas, mayormente de los trastornos por consumo de drogas, en particular el mencionado consumo de opioides, que siendo aún responsable de gran parte de la morbilidad asociada al consumo de drogas.

II.III. PRACTICAS SEXUALES CON DROGAS E INFLUENCIA EN LA SALUD

Desde tiempos muy remotos, el ser humano ha buscado sustancias que le permitan incrementar su placer sexual, y han recurrido a plantas, alimentos, y por supuesto, a sustancias naturales o sintéticas como lo son las drogas. Este hecho de combinar prácticas sexuales con drogas puede conllevar a graves consecuencias para la salud, que a su vez pueden verse acentuadas por diversas prácticas de riesgo. Una de las prácticas sexuales en grupo que supone un alto riesgo en la actualidad es el denominado “*Chemsex*”, la cual ha llamado la atención por algunas novedades y peligros a pesar de no ser algo novedoso el uso de drogas en contextos sexuales.

El término *Chemsex* es utilizado para hablar del uso sexualizado de drogas entre los hombres que tienen sexo con hombres que sienten la necesidad de incrementar su excitación, placer y su tiempo de duración en las relaciones sexuales (Carvalho, Gámez y Valdez, ,2020). Su traducción literal es “sexo químico”, y consiste en el uso combinado de drogas y alcohol para tener relaciones durante horas o incluso días, buscando una mayor desinhibición y un aumento del placer, la excitación y la potencia sexual. Las drogas generalmente utilizadas son: metanfetaminas, mefedrona, GHB, ketamina, popper, cocaína, éxtasis, además de alcohol y viagra.

En muchos casos, el *ChemSex* se debe entender como una conjunción de cuatro elementos interrelacionados: drogas, sexo, espacio (una fiesta de sexo, una sauna) y personas. Estos cuatro elementos pueden aportar su carga de “atractivo”, lo que puede potenciar una dependencia psicológica hacia esos elementos, haciendo mucho más complejo el entendimiento y abordaje de este fenómeno.

Las sesiones se conocen boca a boca, por aplicaciones de geolocalización como pueden ser “Scruff” o “Grindr”, o se organizan de forma esporádica después de salir de fiesta. Suelen organizarse en casas privadas y el número aproximado es de dos a diez participantes. Algunos usuarios de los encuestados para el estudio

de P. Fernández (2017) definen estas sesiones como “Días perdidos sin dormir, descansar o comer durante incluso setenta y dos horas”. El uso de este tipo de aplicaciones para practicar *ChemSex* ha aumentado exponencialmente, y está siendo utilizado como forma de distribución rápida, fácil y cómoda de drogas y que, a su vez, en el ámbito de las relaciones sexuales se está convirtiendo en un potencial factor de riesgo de las enfermedades e infecciones de transmisión sexual. Los perfiles de estos usuarios asiduos al *ChemSex* utilizan palabras específicas como 'sesión', 'orgía', 'tema' o 'chuches' para captar la atención.

La realización de ciertas prácticas sexuales en estos espacios (alto número de parejas sexuales, no uso de preservativo para favorecer el incremento de sensaciones, juegos sexuales con el semen...), favorecidas por el efecto de las drogas, elevan el riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual o VIH. Una de las prácticas de gran riesgo es el *slamming*, definido como el uso inyectado de drogas por vía intravenosa durante las relaciones sexuales. Esta es una práctica todavía minoritaria entre quienes hacen *ChemSex* pero que se percibe en ascenso.

En cuanto a los riesgos de las drogas en sí, los hay de sobredosis, sobre todo con el GHB ya que es difícil calcular la dosis y es peligroso mezclarlo con alcohol y metanfetaminas. La mefedrona o metanfetamina eliminan la sensación de hambre y sed, olvidándose de cuidar sus funciones básicas, y hacen que se pierda la noción del tiempo. Más allá de los daños físicos, también son importantes los daños psicológicos; tantas horas bajo efectos de drogas, sin comer, dormir o beber conllevan un importante desgaste. Se pueden dar cuadros de ansiedad o depresión (especialmente durante los días posteriores al consumo), episodios psicóticos, alucinaciones visuales y/o auditivas, disfunciones sexuales, adicciones, ideas de suicidio o alteraciones de la conducta.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2017), 36.9 millones de personas en todo el mundo están infectadas con el VIH y señala que los hombres que tienen sexo con hombres poseen veintisiete veces más probabilidades de infectarse con el virus. Desde el año 2017 esta práctica es considerada un problema de Salud Pública en España y se están impulsando programas de prevención. Como dato para concluir este apartado, señalar que ha aumentado la incidencia de nuevos casos de VIH en España, en parte, debido a estas prácticas.

III. METODOLOGÍA

La investigación que concierne en este caso es un estudio descriptivo transversal, ya que persigue conocer la situación en torno a la problemática de la drogodependencia y sus respectivos problemas de salud en la población de cuarto curso de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo, habiendo realizado con anterioridad un marco teórico a modo de contextualización global de la problemática, y a su vez, pretender alcanzar una visión del objeto de estudio así como dar una descripción de los datos recogidos. De acuerdo con la temporalidad la investigación debe catalogarse como seccional ya que se realiza en un momento determinado, en el segundo cuatrimestre del curso 2019/2020. También es microsociológica ya que la investigación se realiza en un grupo y contexto concreto.

Según sus fuentes los datos son mixtos ya que se combinan datos secundarios y primarios. Los datos primarios comprenden los recogidos gracias a la encuesta mientras que los secundarios los he podido obtener a través de diferentes medios como las webs, publicaciones de diferentes autores y textos, entre otros.

Se trata además de una investigación de campo ya que los datos primarios se han recogido a través de la encuesta. A la vez es cuasiexperimental, puesto que la población a la que va dirigida no fue elegida de forma aleatoria.

La principal metodología de este estudio es la técnica cuantitativa de la encuesta, cuya información se recoge de modo estandarizado mediante un cuestionario (instrucciones iguales para todos los sujetos, idéntica formulación de las preguntas, etc.), lo que faculta hacer comparaciones intragrupalas. Se puede definir la encuesta, siguiendo a García Ferrando (2006), como «una técnica que utiliza un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recoge y analiza una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población o universo más amplio, del que se pretende explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características». A su vez, podemos definir el cuestionario como el documento que recoge de forma organizada los indicadores de las variables implicadas en el objetivo de la encuesta (Padilla, González y Pérez, 1998). El objetivo que se persigue con el cuestionario es traducir variables empíricas, sobre las que se desea información, en preguntas concretas capaces de suscitar respuestas fiables, válidas y susceptibles de ser cuantificadas.

La encuesta realizada es totalmente anónima, y en ella se pregunta acerca de los patrones de consumo, edad de inicio y problemas de salud asociados al consumo de sustancias psicoactivas de la población seleccionada, entre diversas cuestiones.

IV. ANÁLISIS ENCUESTA

POBLACIÓN

La población escogida ha sido la de los y las estudiantes matriculados en cuarto curso del Grado de Trabajo Social en la Universidad de Zaragoza, específicamente en la Facultad de Ciencias Sociales y del trabajo. He recabado información acerca del número de alumnos/as matriculados este curso 2019/2020 en 4º curso, y no he podido obtener una cifra exacta, por lo que he considerado escoger la cifra de 131 alumnos/as como población, que son los alumnos/as que aparecen en la orla de graduación de este curso 2019/2020.

- Criterios de inclusión: alumnos/as matriculados en cuarto curso de Trabajo Social.
- Criterios de exclusión: todos aquellos que tengan pendiente o estén matriculados en alguna asignatura correspondiente al cuarto curso de Trabajo Social pero que realmente estén cursando otros cursos y/o no consten como próximos graduados en este curso 2019/2020, así como el alumnado que no quiera participar en el estudio.

La encuesta se administró a el alumnado de los tres grupos existentes en cuarto de Trabajo Social a principios del mes de mayo por vía telemática.

VARIABLES

Las variables utilizadas en este estudio son:

- Variables sociodemográficas, haciendo referencia al sexo y a la edad.
- Variables sobre el consumo de tabaco, incluyendo los cigarrillos electrónicos.
- Variables sobre el consumo de sustancias con cafeína.
- Variables sobre el consumo de alcohol.
- Variables sobre el consumo de otras sustancias psicoactivas (Cannabis, anfetaminas, alucinógenos...).
- Variables sobre el uso de servicios sanitarios (para tratamiento o urgencias) por uso o abuso de estas sustancias psicoactivas.
- Variables acerca de las fuentes de información y principales problemas que causan estas sustancias.
- Variables acerca de prácticas sexuales de riesgo relacionadas directamente con sustancias psicoactivas.

Todas estas variables, en forma de ítems auto rellenables, indagan sobre la frecuencia del consumo de estas sustancias, la edad de inicio de su consumo, su consumo alguna vez en la vida y patrones del consumo. También se hace referencia a preguntas sobre el uso de los servicios sanitarios debido al abuso de estas sustancias y si han realizado tratamiento. Además, se añaden dos ítems de múltiple elección para que cada encuestado/a escoja cuales son, a su parecer, los principales problemas que puede causar el abuso de estas sustancias, así de cómo han obtenido información acerca de estos. Para finalizar hay dos ítems relacionados con prácticas sexuales de riesgo asociadas al consumo de sustancias, como son el *Chemsex* y el *Slamming*, en los que se proporciona una breve definición explicativa sobre en qué consisten estos fenómenos, para aclararlos en caso de desconocimiento. Se termina dicha encuesta con un apartado de respuesta abierta para aportaciones (en caso de querer realizarlas) por parte del alumnado encuestado.

La encuesta se formuló de manera estructurada y bastante sencilla, con el objetivo de que no existan complicaciones a la hora de rellenarla, además de que el tiempo necesario para contestarla es aproximadamente de cinco minutos. También he de destacar que es totalmente anónima y que los datos obtenidos solamente se usarán en los resultados de este trabajo.

MUESTRA

Para hallar la muestra necesaria para que la investigación conste de una muestra representativa he utilizado la ecuación estadística para proporciones poblacionales.

La ecuación es la siguiente:
$$n = \frac{z^2(p \cdot q)}{e^2 + \frac{z^2(p \cdot q)}{N}}$$

Donde “n” es el tamaño de la muestra. “z” refiere al nivel de confianza deseado, “p” a la proporción de la población con la característica deseada (éxito), “q” a la proporción de la población sin la característica deseada (fracaso), “e” el nivel de error dispuesto a cometer, y por último “N” que refiere al tamaño de la población escogida.

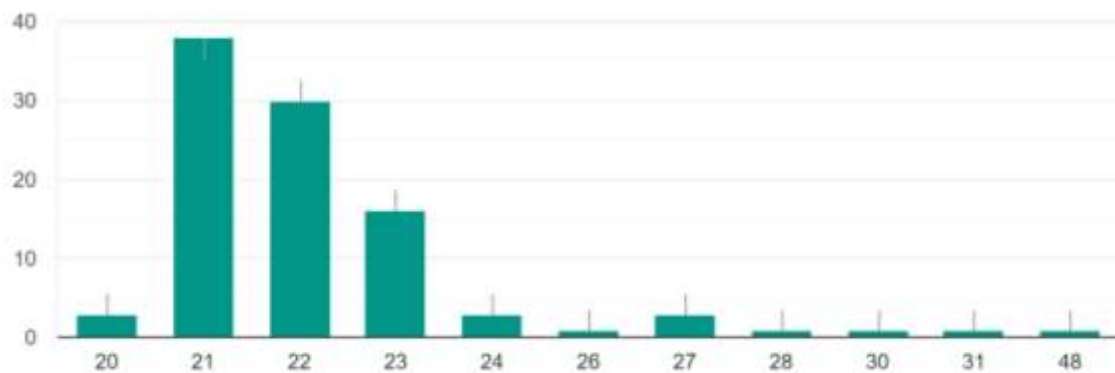
Escogí un nivel de confianza del 95%, y un margen de error del 5%, a lo que, con el tamaño de población de 131, el tamaño para que la muestra fuese representativa debía de ser de 98.

En la muestra realizada finalmente se han obtenido 101 respuestas, por lo que la muestra es representativa.

ANÁLISIS DE DATOS

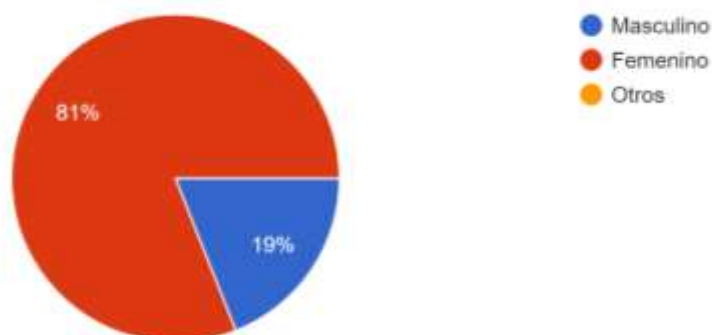
En este apartado voy a proceder a analizar de manera individual y ordenada los ítems de los que se compone dicha encuesta. En primer lugar, voy a analizar los relacionados con las variables sociodemográficas, correspondientes a la edad y el sexo de la población.

- Gráfico 1: Distribución por edad.



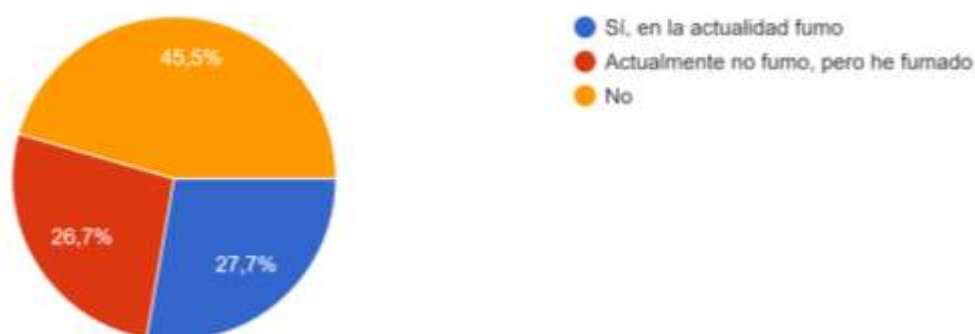
La distribución por edad es muy variada, con el mayor porcentaje acumulado entre los veintiuno (con un 38,5 %) y los veintitres años (con un 16,2 %), y se extiende hasta estudiantes con la edad de cuarenta y ocho años.

- Gráfico 2: Distribución por sexo



En lo referido al sexo predomina el alumnado femenino, llegando a cuadruplicar el porcentaje de alumnado masculino. Estos porcentajes eran predecibles debido a la aún feminización del Trabajo Social, que va desapareciendo de forma progresiva con el tiempo, pero que todavía se puede apreciar con claridez en las aulas de dicho grado universitario.

▪ Gráfico 3: Consumo de tabaco



Se preguntó a los encuestados acerca de si fuman o han fumado tabaco de forma habitual, a lo que predominó la respuesta negativa. También es destacable que actualmente fuman tabaco de manera habitual un 27,7 % de la población señalizada, y que un 26,7 % fumaba con anterioridad pero ya no lo hace.

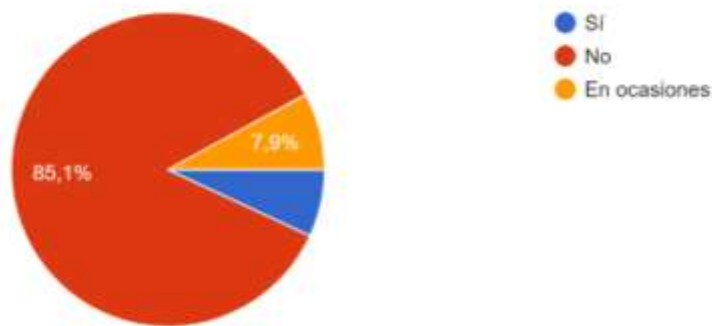
En relación a esta pregunta he visto oportuno reservar los dos próximos ítems al consumo de cigarrillos electrónicos, también comunmente conocidos como “vapers”, ya que se ha dado un importante y rápido incremento en el mercado de este producto en los últimos años. En relación con sus respectivos patrones de consumo, los cigarrillos electrónicos se utilizan especialmente por fumadores, fumadores que quieren dejarlo y exfumadores. Aunque comparativamente la proporción de no fumadores que utilizan estos productos sea menor que entre los fumadores por el momento, los datos indican el rápido desarrollo de un nuevo mercado para el uso y dependencia de la nicotina con consecuencias impredecibles. Además, su seguridad y eficacia como ayuda para dejar de fumar no han sido demostradas. La realidad de estos productos es que presentan una serie de riesgos para la salud asociados a su uso o exposición a su vapor. Entre estos riesgos podemos encontrar los siguientes:

- A corto plazo se han hallado efectos fisiológicos adversos en las vías respiratorias similares a los asociados al humo del tabaco.
- Se han encontrado sustancias cancerígenas tanto en el líquido como en el vapor de estos cigarrillos electrónicos
- Se han descrito numerosas intoxicaciones y efectos adversos relacionados con estos.
- Su utilización genera emisión de propilenglicol, partículas PM_{2.5}, nicotina y sustancias cancerígenas que pueden contaminar los espacios cerrados, con los consecuentes riesgos por exposición pasiva.

Según el Informe de Cigarrillos Electrónicos (Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, 2014) la proporción de adolescentes y adultos jóvenes que han probado o utilizan los cigarrillos electrónicos es notable y está sufriendo un alarmante aumento, como muestran diversas encuestas realizadas en varios

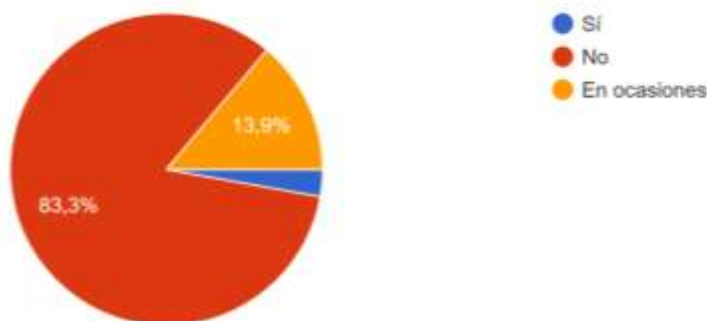
países. Con relación a esto, he reservado los dos próximos ítems de la encuesta realizada para conocer el porcentaje de la población escogida que realiza o ha realizado consumo de estos cigarrillos, y en caso de hacerlo, que porcentaje de estos los fuman como sustituto al consumo de tabaco normal.

- Gráfico 4: Consumo de cigarrillos electrónicos.



Respecto a la cuestión de si fuma o ha fumado cigarrillos electrónicos, solamente un 7% afirma realizar dicho consumo. La mayor parte, un 85,1 %, consolida no fumar ni haber fumado esta sustancia, y un 7,9% realiza su consumo en ocasiones. La información que obtenemos de este gráfico es que en torno a un 15% de nuestra muestra realiza consumo de cigarrillos electrónicos, aunque no sea de forma habitual. Resulta un porcentaje alto si lo comparamos con el porcentaje de 27,7% que afirman fumar tabaco en la actualidad en el anterior gráfico.

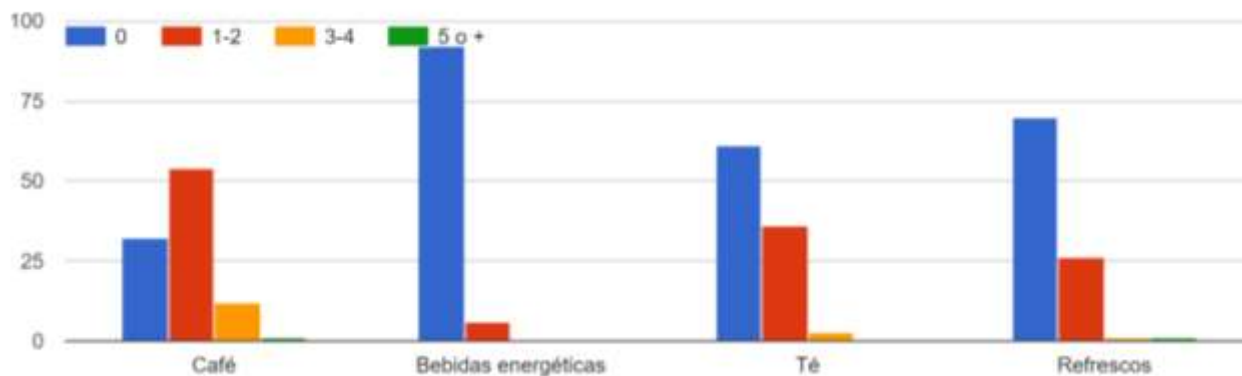
- Gráfico 5: Consumo de cigarrillos electrónicos como sustituto al tabaco normal.



En este ítem requerí a las personas que respondieron afirmativamente en la cuestión anterior, que respondan acerca de si realizan el consumo, ya sea en ocasiones o habitualmente, de estos cigarrillos electrónicos como sustitutos al tabaco normal.

Un 83,3% respondió negativamente, así que mayoritariamente estas personas no fuman dicha sustancia como sustitutivo al tabaco normal. A continuación se encuentra el porcentaje de 13,9%, que si que realizan, en ocasiones, este consumo como sustitutivo al tabaco, y con el porcentaje más bajo, de un 2,8 %, se encuentran las personas que afirman realizar este consumo como sustitutivo al tabaco normal.

▪ Gráfico 6: Consumo de bebidas con cafeína.



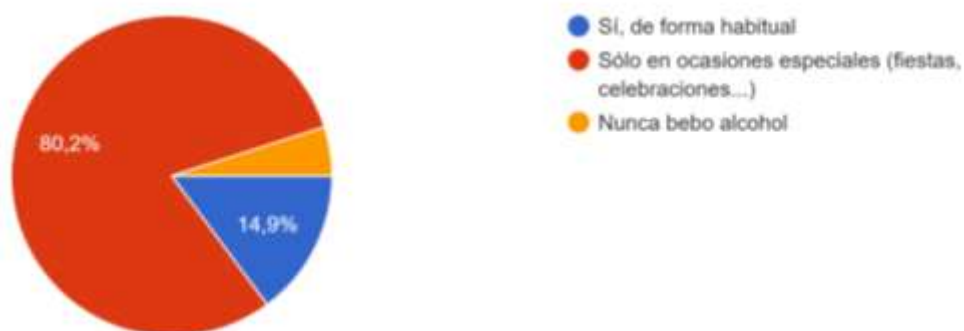
En el siguiente gráfico que podemos observar pregunté acerca del consumo diario que realizan de dichas bebidas con cafeína, ya sea en tazas, vasos o latas. Se puede contemplar con facilidad que la bebida con cafeína mayoritariamente y en mayores cantidades consumida de forma diaria es el café, siendo un número mayor a cincuenta personas las que toman de una a dos tazas al día, le sigue en torno a las treinta y cinco personas que no realizan su consumo de forma diaria, aproximadamente quince que toman entre tres y cuatro tazas al día, y solamente el dato de una persona que toma cinco o más tazas.

La siguiente bebida con cafeína más consumida es el Té, que aunque más de sesenta personas no realizan su consumo diario, casi el número de cuarenta se toma de una a dos tazas, y tres personas llegan a consumir de tres a cuatro tazas diarias.

En tercer lugar se encuentran los refrescos, con el mayor número de personas concentradas en las que no los beben diariamente (aproximadamente setenta personas), un poco mas allá del linde de veinticinco personas son las que los toman de una a dos veces al día, y con números muy bajos (de una persona por opción) se encuentran los que consumen de tres a cuatro refrescos al día, y cinco o más.

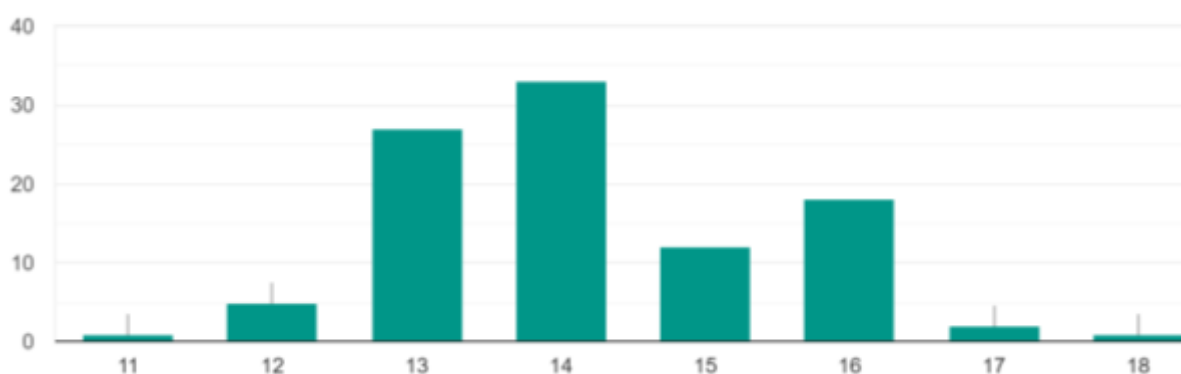
En último lugar se ubican las bebidas energéticas, con más de noventa personas que no las consumen de forma diaria, y con aproximadamente unas siete que se toman de una a dos latas o vasos de este tipo de bebidas.

▪ Gráfico 7: Consumo de bebidas alcohólicas.



En lo referente al consumo de bebidas alcohólicas, el mayor porcentaje se lo lleva la gente que realiza este consumo sólo en ocasiones especiales, tales como fiestas y celebraciones, con un 80,2 %. En segundo lugar, con un 14,9 %, están quienes consumen bebidas alcohólicas de forma habitual, y el menor porcentaje, de un 5 %, refiere a los que nunca beben alcohol.

▪ Gráfico 8: Edad de consumo de bebidas alcohólicas.

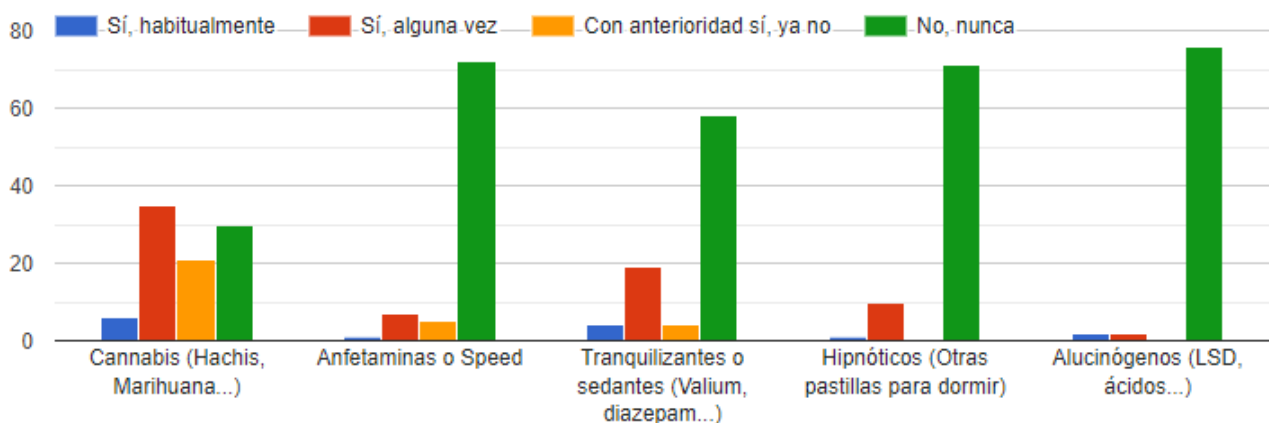


Este ítem está relacionado con el anterior y va dirigido exclusivamente al sector de la población que ha tomado alcohol, y en él se pregunta acerca de la edad en la que empezaron a consumir bebidas alcohólicas.

Podemos observar que la gran mayoría de estas personas iniciaron su consumo de bebidas alcohólicas entre los trece y los dieciséis años, con el pico más alto en los catorce años (con un 33,3 %). La edad más baja en cuanto a el inicio de dichas bebidas se encuentra en los once años, y la mayor en los dieciocho, concentrando ambos extremos porcentajes muy bajos de dicha población.

De este gráfico podemos sacar dos claras conclusiones: que las personas que toman o han tomado alcohol iniciaron su consumo siendo menores de edad, y que la edad media de inicio se torna en los catorce años.

▪ Gráfico 9: Consumo de otras sustancias (I)



En este gráfico, en el que se pregunta acerca del consumo de diversas sustancias psicoactivas, podemos observar tanto su respectivo consumo como la habitualidad de este. Por un lado del diagrama de barras se localizan las diferentes sustancias, y por otro, el consumo realizado de estas, en el que se dan cuatro posibles escenarios: sí, las consumo de forma habitual; sí, realizo su consumo alguna vez; con anterioridad las consumía pero actualmente no; y no, nunca las he consumido.

Empezando desde la izquierda, nos encontramos con el consumo de cannabis, que destaca especialmente entre las demás por ser la sustancia más consumida. Cerca de cuarenta personas la consumen actualmente alguna vez, y cerca de diez de manera habitual. Por otra parte, un poco más de veinte personas consumían cannabis con anterioridad, pero ya no lo hacen. El número de personas que nunca han realizado su consumo son aproximadamente unas treinta, siendo más de la mitad de nuestra población las que sí que la han consumido, ya sea en el pasado o actualmente.

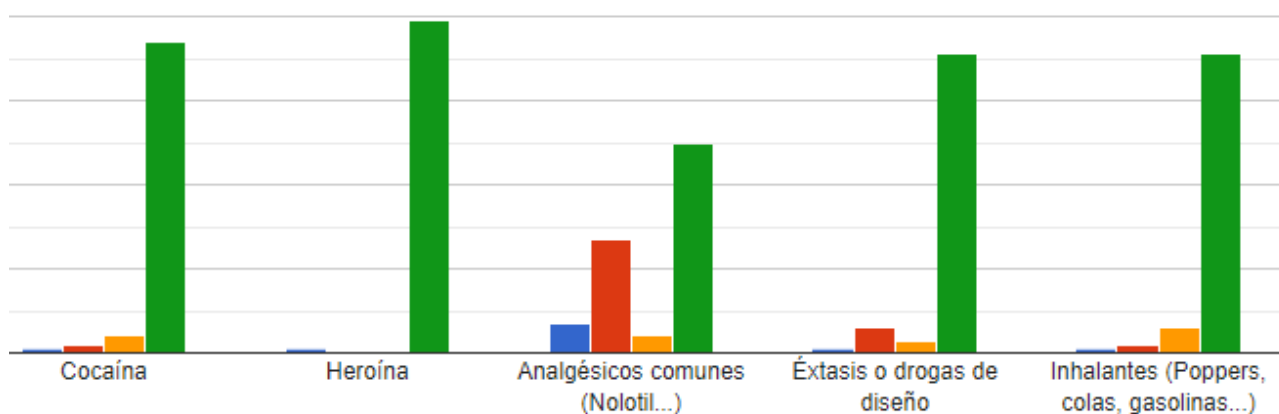
Seguida de esta hallamos las anfetaminas o speed, de las que más de setenta personas no realizan ni han realizado consumo. Aproximadamente unas diez personas las toman de vez en cuando, alrededor de seis lo hacían con anterioridad, y en un porcentaje muy bajo, casi nulo, esta quien lo toma de forma habitual.

En siguiente lugar están los tranquilizantes o sedantes, de los que mayoritariamente no han realizado nunca su consumo, con cerca de sesenta personas que componen esta afirmación. Rozando las veinte personas son las que lo consumen alguna vez, y con porcentajes más bajos, de unas cinco personas cada opción, son las que las consumen de manera habitual y por otra parte las que lo hacían con anterioridad pero ya no.

Referente a los hipnóticos u otras pastillas para dormir, vuelven a ser el mayor número de personas (más de setenta) las que afirman no haberlas consumido nunca. Aproximadamente unas diez los toman alguna vez, y con un dato muy bajo está quien lo toma de forma habitual.

En último lugar nos encontramos los datos en cuanto a los alucinógenos, sustancia de la que casi ochenta personas no realizaron su consumo nunca. Con datos muy bajos e igualados están quienes los consumen habitualmente y quienes lo hacen alguna que otra vez.

▪ Gráfico 10: Consumo de otras sustancias (II)



Este gráfico lo podemos definir como una continuación del anterior (gráfico 9), y en él aparecen los datos de consumo de diferentes sustancias psicoactivas de las ya analizadas.

La primera sustancia por analizar su consumo es la cocaína, cuyos índices de consumo son bastante bajos: aproximadamente cinco personas la tomaban con anterioridad, pero ya no lo hacen, y menos de este número están, respectivamente, los que la consumen de vez en cuando y quien lo hace con habitualidad.

Respecto a la heroína, prácticamente toda la población ha indicado que nunca ha realizado su consumo, excepto un número muy bajo, casi nulo, que dice consumirla de manera habitual.

En siguiente lugar encontramos los analgésicos comunes, de los que cerca de diez personas realizan un consumo habitual, unas treinta afirman tomarlos alguna vez y unas cinco las tomaban anteriormente. El mayor porcentaje se lo llevan las personas que no los han tomado nunca, que son aproximadamente el 56%.

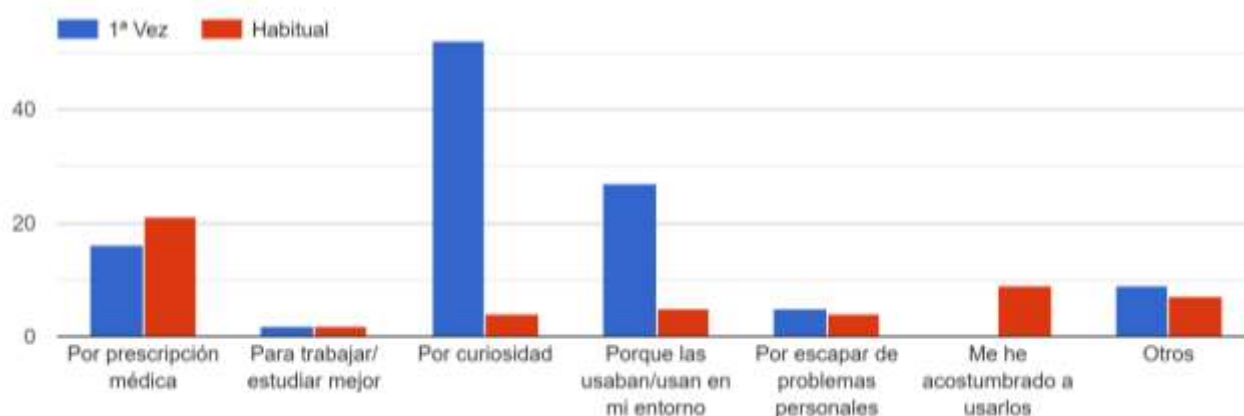
En referencia al éxtasis o las drogas de diseño, nos volvemos a encontrar con que la barra más alta es la referente a las personas que no las han consumido nunca, que son más de setenta. Por otra parte, con índices

muy bajos están quienes las consumen de forma habitual, con un mayor número, pero aun así bajo, quienes las tomaban con anterioridad, y, por último, casi diez personas afirman tomarlas de vez en cuando.

Para finalizar, encontramos los inhalantes. De mayor porcentaje a menor se sitúan, en primer lugar y siendo la gran mayoría, quienes nunca los han tomado, con un número casi de diez personas quienes los han tomado con anterioridad, y con cifras muy bajas quienes las consumen de vez en cuando y quienes lo hacen habitualmente.

- La siguiente pregunta realizada fue acerca de, en caso de consumir o haber consumido algunas de las sustancias psicoactivas mencionadas con anterioridad, señalar a que edad iniciaron su respectivo consumo. La edad de inicio de consumo con más respuestas fue los dieciséis años, a la que le siguen, respectivamente, la edad de quince, dieciocho y de diecisiete años. Con menor porcentaje están quien iniciaron su consumo entre los diecinueve y los veintidós años, y con un número más bajo de personas quien lo hicieron a menor edad, a los catorce.

- Gráfico 11: Motivo de consumo.



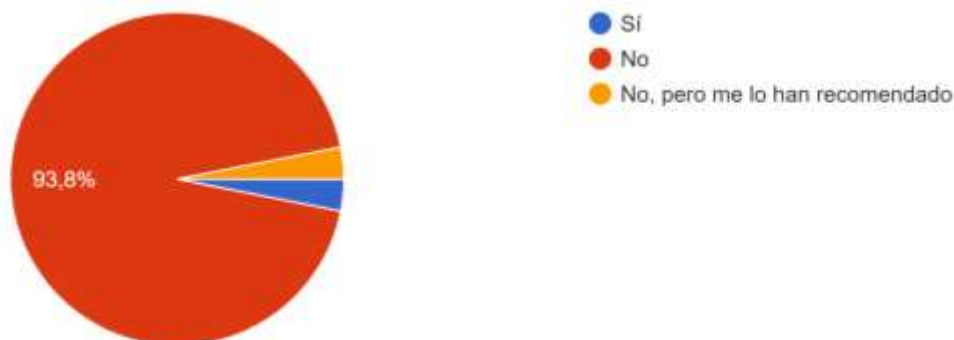
En este diagrama de barras aparecen reflejados los datos relativos al motivo por el que las personas que han consumido las sustancias psicoactivas mencionadas en los gráficos 9 y 10 lo hicieron por primera vez, y cual es el motivo que condiciona su consumo habitual.

Respecto al motivo de consumo por primera vez, nos encontramos con que la opción mayoritaria es la de “por curiosidad”. Con aproximadamente la mitad de número de personas le sigue el motivo “porque las usaban/ usan en mi entorno”, rozando las veinte personas son las que iniciaron su consumo por prescripción

médica, un número cercano a diez las que su motivo fue “otros” (no especificados), y con menores porcentajes se encuentran los motivos “por escapar de problemas personales” y “para trabajar/estudiar mejor” siendo este último el que ha obtenido el menor porcentaje entre los votados.

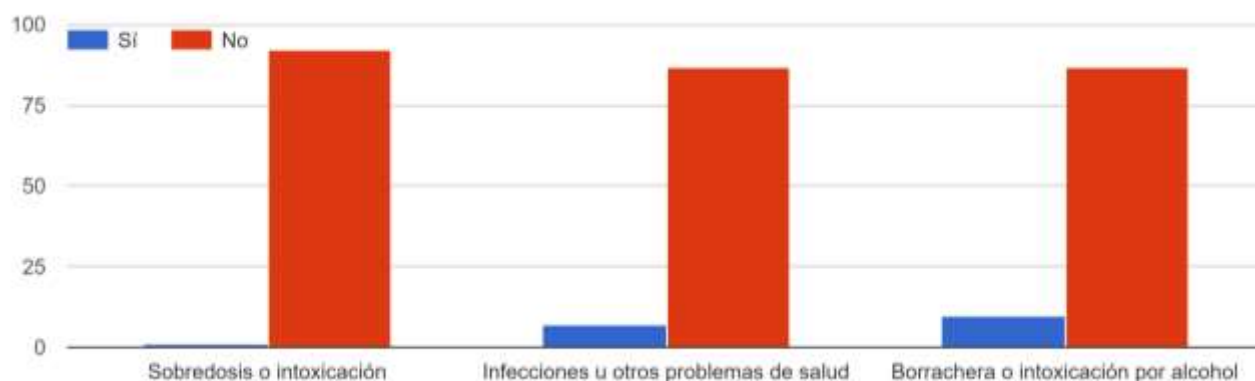
En cuanto a los motivos que condicionan su consumo habitual, el índice de respuestas es menor, debido a que el porcentaje de personas que consumen alguna de las sustancias psicoactivas señaladas de forma habitual es inferior. El motivo mayoritario para este consumo habitual es el de “por prescripción médica”, siendo algo más de veinte personas quienes realizan esta afirmación. Seguidamente, y con un número cercano a diez personas están quienes las consumen por el hecho de que “se han acostumbrado a usarlas”, y cerca de este porcentaje están quienes han señalado que sus motivos son “otros”. Con índices numéricos casi iguales se encuentran los que su condicionamiento a dicho consumo se debe a “porque las usan/ usaban en mi entorno”, “por escapar de problemas personales”, y “por escapar de la realidad”. Por último, otra vez con el menor porcentaje, se encuentra quienes su motivo es el de “para trabajar/ estudiar mejor”.

▪ Gráfico 12: Inicio a tratamiento asociado al consumo.



Se reservó una cuestión de la encuesta para preguntar respecto al tema de adhesión a tratamiento para dejar o reducir el consumo de tabaco, alcohol u otras drogas. Específicamente pregunté acerca de si alguna vez han iniciado un tratamiento de esta índole, y, como se puede observar con claridad en este gráfico circular, la gran parte de la población no lo ha iniciado. Cabe señalar que el porcentaje de 3,1 % sí que ha iniciado alguna vez en su vida un tratamiento para dejar o reducir el consumo de estas sustancias, y al 3,1 % restantes se lo han recomendado, aunque no han llegado a iniciarlo.

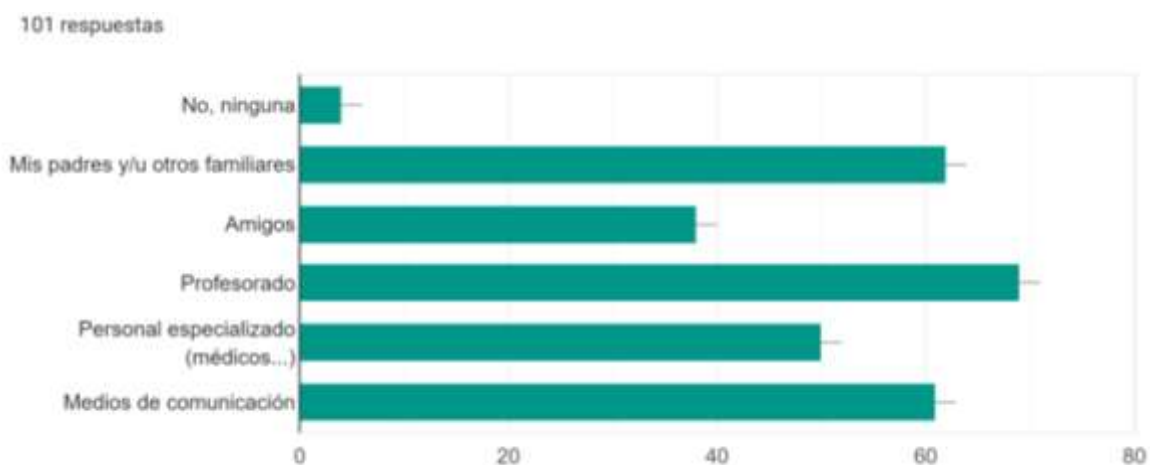
- Gráfico 13: Atención en urgencias con relación al consumo de drogas.



Respecto a la atención por urgencias, en este gráfico se muestra el número de personas que han sido atendidas por los servicios médicos de urgencias por alguna de las causas señaladas, en relación con el consumo de drogas.

Para comenzar, se encuentra la causa de sobredosis o intoxicación, que cuenta casi con el “no” absoluto como respuesta, con un porcentaje muy bajo (de una sola persona) que afirma haber sido atendida por esta causa. Por otro lado, está la atención de urgencias por infecciones u otros problemas de salud, opción que cerca de diez personas han marcado “sí” haber sido atendidas por dicha causa, aunque el “no” vuelve a representar a la gran mayoría. Por último, hallamos los datos de dicha atención por borrachera o intoxicación por alcohol, causa en la que el “no” sigue siendo mayoría, pero que aproximadamente diez personas afirman haber sido atendidas por este motivo.

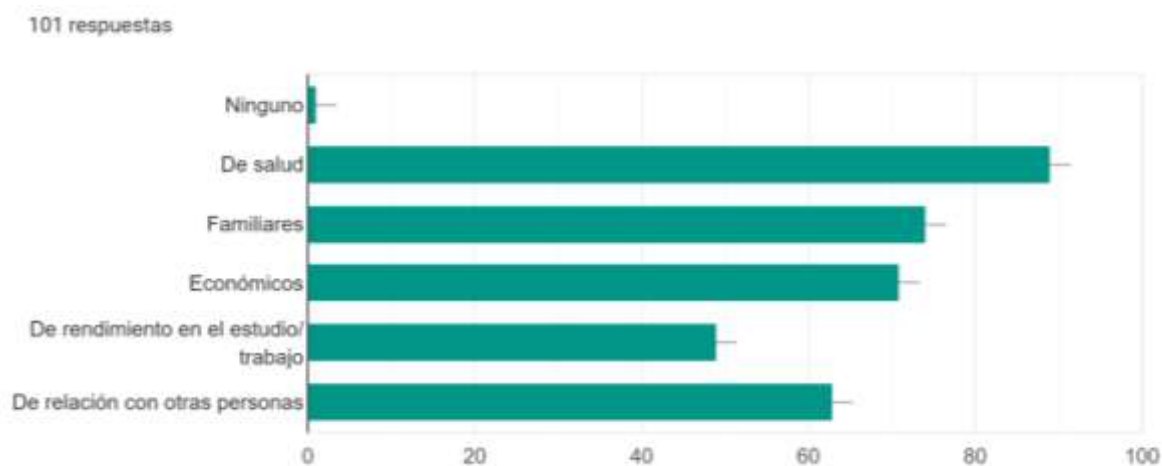
- Gráfico 14: Fuentes de información acerca de los problemas asociados al consumo de drogas.



En dicha encuesta pregunté acerca de si la población a la que he dirigido este trabajo ha recibido información sobre lo que puede conllevar el consumo de tabaco, alcohol y/ u otras drogas, y en caso afirmativo, que señalen la fuente con la que han obtenido esa información.

En cuanto a porcentajes, empezando con el mayor, un 68,3 % de la población ha sido informada por el profesorado. El siguiente porcentaje, con un 61,4 %, están quienes han sido informados por sus padres y/ u otros familiares, y seguido a este están quienes lo han sido gracias a los medios de comunicación, con un 60,4%. El siguiente porcentaje es para el personal especializado, que cuenta con un 49,5 % de la población que ha sido informada gracias a estos, y con el 37,6 % están quienes lo han sido por sus amigos. Por último, y con el menor porcentaje, están quienes nunca han sido informados por ninguna fuente respecto a la problemática, que representan el 4 % de dicha población.

▪ Gráfico 15: Principales problemas por consumo de sustancias psicoactivas.

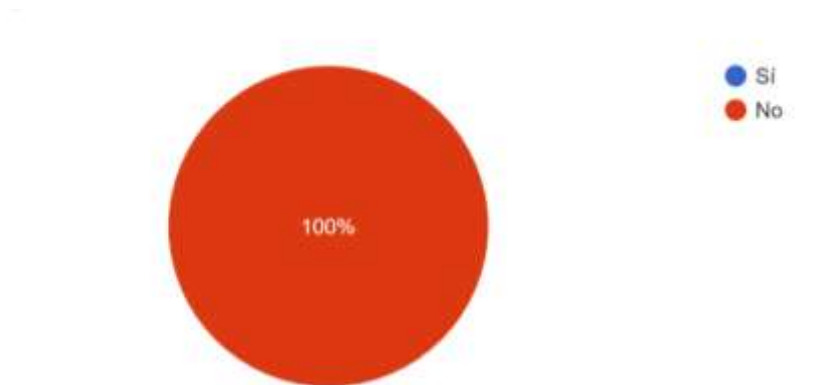


En este gráfico se identifican los principales problemas que, en opinión de cada encuestado/a, puede causar el consumo de sustancias psicoactivas. Se pidió que cada persona señalizara máximo tres opciones.

Con el porcentaje más alto, con el que un 88,1 % de la población coincide, es que uno de los principales problemas son los referentes a la salud. Siguiendo a este se encuentran, con un 73,3 %, quien creen que los principales problemas son de índole familiar, y con un 70,3 % los que opinan que lo son económicos. A estos le siguen los que creen que están relacionados al rendimiento en el estudio y/ o trabajo con el porcentaje de 48,5 %, y en último lugar, con el porcentaje menor (de un 1 %) está quien opina que el consumo de sustancias psicoactivas no conlleva a padecer ningún problema.

La última parte de la encuesta la reservé para cuestiones relacionadas con prácticas sexuales de riesgo relacionadas con drogas que pueden tener una influencia negativa en la salud.

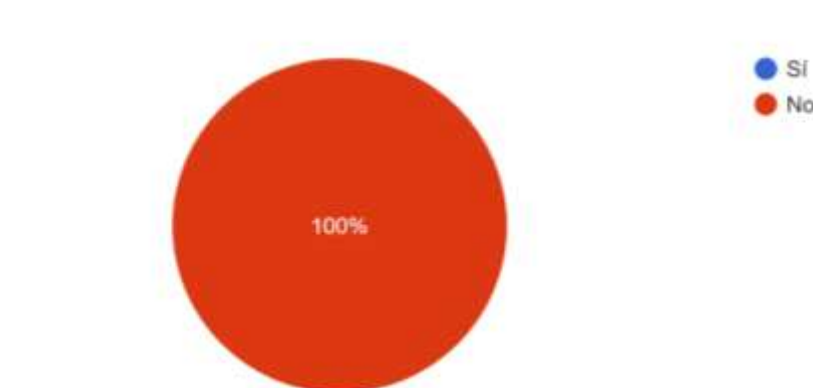
- Gráfico 16: Práctica de *Chemsex*.



Se preguntó acerca de si alguna vez han practicado *Chemsex*, entendido y explicado en la encuesta como el uso intencionado de drogas psicoactivas para mantener relaciones sexuales, generalmente entre hombres que tienen sexo con hombres, en sesiones de varias horas o días y con múltiples parejas.

El resultado fue un “no” absoluto de la población, con un 100% de los encuestados que afirman no haber realizado esta práctica sexual.

- Gráfico 17: Práctica de *Slamming*.



También se preguntó acerca de si alguna vez han practicado *Slamming*, entendido y explicado en la encuesta como el uso inyectado de drogas por vía intravenosa durante las relaciones sexuales.

El resultado obtenido volvió a ser un “no” absoluto por parte de la población que ha realizado la encuesta, con un 100 % de personas que afirman no haber realizado nunca esta práctica sexual.

- El último ítem se compone de una respuesta abierta reservada para aportaciones, en caso de querer realizarlas. Hubo alguna que otra aportación, pero la mayoría eran irrelevantes, pudiendo destacar una en la que un encuestado comentó que cree que cada vez se comienza antes a consumir drogas, y otra persona que quiso aportar que desde su punto de vista “hay algunas drogas que ni se parecen, por ejemplo no es lo mismo los problemas que puede dar la marihuana a la cocaína o cualquier otra, lo mismo para el motivo para consumirlas, cada droga tendrá un motivo diferente, y lo mismo en la edad de consumo”.

V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el presente estudio, en la muestra predominó el sexo femenino y así mismo el grupo etario de veintiuno a veintitrés años. A través de los datos analizados a través de la encuesta podemos comprobar la alta prevalencia que hay para sustancias como el alcohol y el tabaco. El consumo de alcohol se produce mayoritariamente en ocasiones especiales como fiestas o celebraciones, siendo un 80% de la población quienes lo consumen en estos contextos. Entre los estudiantes de cuarto curso de Trabajo Social estas sustancias se comenzaron a consumir a una edad muy temprana, pudiendo constituir una posible puerta de entrada para el consumo de algunas drogas ilícitas, cuyo consumo se inicia en edades más tardías, pero igualmente precoz, ambas teniendo una media de edad de inicio de consumo menor a los dieciocho años, o sea, comenzándolas a consumir siendo menores de edad. Este alto consumo del alcohol y tabaco se puede deber a que son sustancias legales y aceptadas por la sociedad, pero no por ello dejan de ser igual o más peligrosas que las drogas ilícitas.

En relación con los cigarrillos electrónicos se puede comprobar que su índice de consumo no es relativamente alto, pero sí que existe un porcentaje de personas que los consumen, además de que algunos de ellos lo hacen como alternativa a fumar tabaco normal, siendo que su seguridad y eficacia como ayuda para dejar de fumar no han sido demostradas. Con estos datos podemos comprobar que, como se afirma en el Informe sobre Cigarrillos Electrónicos de la dirección general de salud pública, calidad e innovación (2014), existe un notable crecimiento en el consumo de estas sustancias entre la población de adultos jóvenes. Aún así, esta sustancia no llega a ponerse a la altura del tabaco normal, del que existe un índice mayor de consumo.

Las bebidas con cafeína están muy normalizadas en la actualidad, siendo que la cafeína actúa como una droga psicoactiva, estimulante del sistema nervioso central. Estas pueden ser adictivas y nocivas a largo plazo para la salud, además de que pueden causar daño en el aparato digestivo y sistema cardiovascular,

pero aún así, estas bebidas con cafeína están muy normalizadas en la actualidad y un alto porcentaje de la población la toma de forma habitual. La bebida más consumida es el café, de la que más de la mitad de los alumnos de cuarto curso de Trabajo Social realiza un consumo diario. El consumo diario de refrescos y té también presenta un elevado porcentaje, pudiendo observar esta normalización y habitualidad de consumo de las bebidas con esta sustancia.

En referencia a estas drogas ilícitas, el cannabis es la droga ilícita más consumida en la población escogida, con más de la mitad de personas que afirma consumirla o haberla consumido. Esta alta prevalencia en el consumo de dicha sustancia coincide con la prevalencia a nivel nacional, europeo y mundial, ya que es la sustancia psicoactiva ilícita más consumida a nivel global.

La segunda droga ilícita más consumida por este alumnado son las anfetaminas, esta prevalencia es mayor que en otros estudios, como el mencionado con anterioridad al consumo en España, el que desplaza al puesto de la segunda droga ilícita más consumida a la cocaína; es decir, el consumo de anfetaminas encontrado es mayor que el de la cocaína, por lo que no coincide con otras estadísticas.

En referencia a las demás sustancias psicoactivas ilícitas, sus respectivos consumos presentan unos índices bajos, pero cabe destacar que entre las sustancias más consumidas se encuentran los psicofármacos tales como los hipnóticos y los tranquilizantes o sedantes, medicamentos usados para dar respuesta a problemas psicológicos y de conducta. Según datos del Ministerio de Sanidad, los ansiolíticos son la droga más consumida después del tabaco y el alcohol, y por encima del cannabis; en nuestra población los datos no concuerdan con estos, ya que el consumo de cannabis es superior al consumo de estos psicofármacos, pero siguiendo a esta sustancia si que se encuentra este consumo de hipnóticos y tranquilizantes. Muchos de estos psicofármacos usados de manera desproporcional, fuera de su contexto y sin un control regular y estricto, pueden ser causantes de un proceso adictivo importante y difícil de controlar, además de que pueden llevar a un trastorno por el consumo de sustancias en el que en sus formas más graves se convierte en adicción.

No olvidarnos del consumo de los analgésicos comunes, siendo mayor aún en la población escogida que el de los psicofármacos anteriormente señalados. El problema de estos medicamentos es que muchos de ellos son de venta libre y están muy normalizados en nuestra sociedad, por lo que mucha gente opta por automedicarse con ellos a la mínima molestia física, y, aunque tomarlos no conlleva en sí mismo a la adicción, tomándose en exceso, sin control y sin prescripción médica puede provocar una adicción.

En la cuestión referente al motivo de consumo, el hecho de por prescripción médica tiene un alto porcentaje en relación a los índices de consumo de estas sustancias descritas, por lo que se puede deducir

que la mayoría de personas que consumen estos psicofármacos o analgésicos lo hacen, o lo han hecho, por prescripción médica, careciendo de datos sobre la población que se automedica o que puede llegar a realizar un consumo excesivo de estos. Para el resto de sustancias psicoactivas, el hecho de consumirlas por primera vez por curiosidad y porque las usan / usaban en su entorno son los escenarios con más alto porcentaje, en cambio, el consumo habitual lo achacan al hecho de que ya se han acostumbrado a usarlos.

Sobre el inicio a tratamiento por el consumo de sustancias psicoactivas, su índice es bajo, de un 3,1 %, y en lo referente a la atención médica de urgencias por este consumo, los porcentajes también son bajos, pero de relativa importancia por sus repercusiones en la salud, ya que cerca de veinte personas han llegado a sufrir ya sea sobredosis o intoxicación, borrachera o intoxicación etílica y/o hasta infecciones u otros problemas de salud debido al consumo de sustancias psicoactivas.

Los estudiantes de cuarto curso de trabajo social están informados acerca de los diferentes problemas asociados al consumo de drogas, ya sea por parte de su profesorado, de profesionales o de sus familiares y/o amigos, entre otros, siendo un porcentaje muy bajo, del 4%, los que afirman no estar informados sobre las consecuencias de esta problemática. En lo referido a estas consecuencias producidas por las drogas, la gran mayoría coincide en que las principales problemáticas asociadas al consumo son de salud, seguidas por problemas familiares, económicos y de relación con otras personas.

En lo referente a las prácticas sexuales relacionadas con drogas, tanto el denominado *Chemsex* como el *Slamming* no tienen cabida en la población investigada, ya que absolutamente todas las personas encuestadas afirman no haber realizado ninguna de las dos prácticas descritas, por lo que esta población no representa al aumento que existe en la actualidad en cuanto la realización de estas prácticas sexuales de riesgo y, asimismo, de las repercusiones negativas en la salud que pueden llegar a tener.

De acuerdo con la investigación de este trabajo, podemos concluir con que en la población de cuarto curso de trabajo social de la Universidad de Zaragoza el consumo de alcohol presenta una alta prevalencia, siendo preocupante lo extendido que está, además, más de la mitad fuman o han fumado tabaco, y el cannabis es la droga ilícita más consumida. La edad de inicio de estas sustancias psicoactivas es precoz, iniciándose antes de la mayoría de edad, precediendo así su consumo a la etapa universitaria. Del resto de sustancias, se ha observado una evidencia hacia una tendencia en alza de los tranquilizantes, hipnóticos y analgésicos. Se ha encontrado la existencia de problemas de salud asociados al consumo de las drogas, reconociendo dichos estudiantes haber tenido una serie de problemas como consecuencia al consumo de alcohol, tabaco y/u otras drogas, y, afirmando mayoritariamente conocer y haber sido informados sobre estas repercusiones negativas asociadas al consumo.

VI. BIBLIOGRAFÍA

- Arellano, M., Ferrer., N. (2019). La peligrosa moda del Chemsex. Sexualidad y Salud. Recuperado de: <https://www.sexualidad-salud.com/post/la-peligrosa-moda-del-chemsex>
- Carvalho, I., Gámez, M.E, & Valdez, C. (2020). Chemsex y conductas sexuales de riesgo en hombres que tienen sexo con hombres: Una revisión sistemática. *Health and Addictions/ Salud y Drogas*, 20, 158-165.
- Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. (2014). Informe sobre cigarrillos electrónicos. Recuperado de: <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/InformeCigarrilloselectronicos.pdf>
- Fernández, P. (2017). Consumo de drogas y su relación con el sexo: escuchando las voces de un grupo de hombres gays y bisexuales de la ciudad de Barcelona que practican ChemSex. Barcelona: Stop Sida, CEEISCAT y Subdirecció General de Drogodependències-Agència de Salut Pública de Catalunya.
- Ferrando, M. (2016). La encuesta. En M. García Ferrando, J. Ibáñez y F. Alvira, El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación. Madrid: Alianza, págs. 331-362
- Informe Mundial sobre las Drogas 2019. Subdivisión de Investigación y Análisis de Tendencias, División de Análisis de Políticas y Asuntos Públicos, de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC)
- Padilla, J. L., González, A., & Pérez, C. (1998). Elaboración del cuestionario. *Investigar mediante encuestas. Fundamentos teóricos y aspectos prácticos*.
- PNSD. (2018). Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017- 2024. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de https://cendocps.carm.es/documentacion/2018_Estrategia_Nacional_Adicciones_2017-2024.pdf.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2019). Informe Europeo sobre Drogas 2019: Tendencias y novedades, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2019). Informe sobre Drogas 2019 España.

VII. ANEXOS

Encuesta drogodependencia y salud

- 1) Edad
- 2) Sexo
 - ☐ Masculino
 - ☐ Femenino
 - ☐ Otros
- 3) ¿Fuma o ha fumado tabaco de forma habitual?
 - ☐ Sí, en la actualidad fumo.
 - ☐ Actualmente no fumo, pero he fumado.
 - ☐ No.
- 4) ¿Fuma o ha fumado cigarrillos electrónicos?
 - ☐ Sí.
 - ☐ No.
 - ☐ En ocasiones.
- 5) Si la respuesta es afirmativa, ¿Fuma estos cigarrillos electrónicos como sustitutos al tabaco normal?
 - ☐ Sí.
 - ☐ No.
 - ☐ En ocasiones.
- 6) Indique el consumo diario que suele realizar de las siguientes bebidas con cafeína (en nº de tazas/ vasos/ latas).

	0	1-2	3-4	5 o +
Café	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bebidas energéticas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Té	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Refrescos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7) ¿Toma bebidas alcohólicas?

- ☐ Sí, de forma habitual.
- ☐ Sólo en ocasiones especiales (fiestas, celebraciones...).
- ☐ Nunca bebo alcohol.

8) Sólo si ha tomado alcohol; ¿A qué edad empezó a consumir bebidas alcohólicas?

.....

9) ¿Ha realizado o realiza consumo de alguna de las siguientes sustancias?

	Sí, habitualmente	Sí, alguna vez.	Con anterioridad sí, ya no.	No, nunca.
Cannabis (Hachis, marihuana...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anfetaminas o speed	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tranquilizantes o sedantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hipnóticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alucinógenos (LSD, ácidos...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cocaína	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heroína	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Analgésicos comunes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Éxtasis o drogas de diseño	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inhalantes (popper, colas...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10) Sí ha consumido o consume alguna de las sustancias anteriormente señaladas, indique la edad en la que inició su consumo.

.....

11) ¿Cuál es el motivo por el que consumió alguna de estas sustancias por primera vez? y, ¿Cuál es el que condiciona su consumo habitual?

	Primera vez	Habitual
Por prescripción médica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para trabajar/ estudiar mejor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Por curiosidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Porque las usaban/ usan en mi entorno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Por escapar de problemas personales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Me he acostumbrado a usarlos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12) ¿Alguna vez ha iniciado un tratamiento para dejar o reducir el consumo de tabaco, alcohol, u otras drogas?

- ☐ Sí.
- ☐ No.
- ☐ No, pero me lo han recomendado.

13) ¿Ha recibido información sobre lo que puede conllevar el consumo de tabaco, alcohol u y otras drogas? Sí es así, señale la fuente:

- ☐ No, ninguna.
- ☐ Mis padres y/u otros familiares.
- ☐ Amigos.
- ☐ Profesorado.
- ☐ Personal especializado (médicos...)
- ☐ Medios de comunicación

14) ¿Cuál o cuáles cree que son los principales problemas que puede causar el consumo de estas sustancias? (Máx. 3)

- ☐ Ninguno.
- ☐ De salud.
- ☐ Familiares.
- ☐ Económicos.
- ☐ De rendimiento en el estudio/ trabajo.
- ☐ De relación con otras personas.

15) ¿Ha sido atendido por servicios médicos de urgencias por alguna de las siguientes causas? (en relación con el consumo de drogas)

	Sí	No
Sobredosis o intoxicación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infecciones u otros problemas de salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Borrachera o intoxicación por alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16) ¿Ha practicado alguna vez Chemsex? (Entendido como el uso intencionado de drogas psicoactivas para mantener relaciones sexuales, generalmente entre hombres que tienen sexo con hombres, en sesiones de varias horas o días y con múltiples parejas).

- ☐ Sí.
- ☐ No.

17) ¿Y Slamming? (Uso inyectado de drogas por vía intravenosa durante las relaciones sexuales).

- ☐ Sí.
- ☐ No.

18) Aportaciones que quiera realizar.

.....